

## DEMANDE DE RÈGLEMENT DE PRESTATIONS

### Incapacité de travail - Invalidité

**Adresse de correspondance**  
**KLESIA**  
 TSA 20202  
 69307 Lyon Cedex 07  
 T 01 71 39 15 15  
 Lundi au vendredi 9 h - 18 h  
 klesia.fr

Entreprise (raison sociale) : \_\_\_\_\_

Adresse : n° \_\_\_\_\_ rue : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

N° d'entreprise <sup>1</sup> : \_\_\_\_\_ N° Siret : \_\_\_\_\_

N° de téléphone entreprise ou comptable : \_\_\_\_\_

**Adresse email** : \_\_\_\_\_

Nom et prénom :  M.  M<sup>me</sup> \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

Adresse : n° \_\_\_\_\_ rue : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

N° de Séc. soc. ou d'un régime d'assurance obligatoire : \_\_\_\_\_

CDI entré(e) le : \_\_\_\_\_

CDD du : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Est toujours présent(e) :  OUI  NON

Date de rupture du contrat de travail : \_\_\_\_\_ Motif : \_\_\_\_\_

Date de l'arrêt de travail : \_\_\_\_\_ Portabilité :  OUI  NON

Maladie  Accident de travail  Accident de trajet  Accident de la vie privée <sup>2</sup>

Maternité  Cure thermale  Hospitalisation (joindre le bulletin d'hospitalisation)

Rechute <sup>3</sup> (dans ce cas, l'assuré devra obligatoirement nous adresser un certificat médical)

Date de reprise d'activité : \_\_\_\_\_ Mi-temps thérapeutique :  OUI  NON

Qualification à la date de l'arrêt de travail <sup>4</sup> : \_\_\_\_\_

Non cadre  Assimilé cadre  Cadre  Cadre supérieur  autre : \_\_\_\_\_

Taux d'activité avant l'arrêt de travail : \_\_\_\_\_ % depuis le : \_\_\_\_\_

Coefficient : \_\_\_\_\_ depuis le : \_\_\_\_\_

#### ATTESTATION DE SALAIRES

Indiquer le salaire des **six derniers mois** civils précédant l'arrêt de travail (éventuellement reconstitué en cas d'arrêt de travail sur la période), y compris les éléments variables perçus :

	SALAIRE BRUT hors éléments variables	ÉLÉMENTS VARIABLES BRUTS effectivement perçus	SALAIRE NET hors éléments variables	ÉLÉMENTS VARIABLES NETS effectivement perçus
<b>MONTANT TOTAL <sup>5</sup></b>				
	SALAIRE MENSUEL D'EMBAUCHE BRUT	ÉLÉMENTS VARIABLES BRUTS effectivement perçus	SALAIRE MENSUEL D'EMBAUCHE NET	ÉLÉMENTS VARIABLES NETS effectivement perçus
Si l'assuré(e) a moins de 12 mois de présence, indiquer le <b>salaire mensuel d'embauche <sup>6</sup></b>				

Date : \_\_\_\_\_

#### MENTION OBLIGATOIRE

Cachet et signature de l'employeur \*

\* À remplir uniquement si le document est en envoyé par courrier

1. Il s'agit du numéro figurant sur vos bordereaux de cotisations dans la rubrique « Référence facture ».

2. Joindre un certificat médical précisant les circonstances de l'accident.

3. Rechute : nouvel arrêt survenant moins de 2 mois après la fin du précédent et ayant pour cause la même affection.

4. Indiquer la qualification:  
Ouvrier - Mensuel - Apprenti - Travailleur à domicile - Agent de maîtrise assimilé cadre - Cadre - Cadre supérieur.

5. KLESIA se réserve le droit de demander les bulletins de salaire.

6. Joindre le dernier bulletin de salaire.

## JUSTIFICATIFS À FOURNIR POUR L'INDEMNISATION D'UN ARRÊT DE TRAVAIL

### Dans tous les cas

- Déclaration de l'arrêt de travail : fournir les informations figurant sur la demande de règlement de prestations.
- Adresser les bordereaux de Sécurité sociale (format papier, électronique ou Noémie), à partir du début de l'arrêt de travail.
- Fournir le RIB du destinataire du paiement (employeur ou assuré).

CAS PARTICULIERS	JUSTIFICATIFS COMPLÉMENTAIRES
Rechute (nouvel arrêt survenant moins de 2 mois après la fin du précédent et ayant pour cause la même affection)	<input type="checkbox"/> Certificat médical attestant de la rechute (en l'absence de précision sur l'existence d'une rechute, c'est la prestation la moins favorable qui sera appliquée)
Reprise d'activité à temps partiel pour raison médicale (mi-temps thérapeutique)	<input type="checkbox"/> Attestation de l'employeur mentionnant mois par mois, le salaire brut correspondant à l'activité à temps partiel (mi-temps thérapeutique) et celui qui aurait été versé en cas de travail à temps plein
Existence d'allocations Pôle emploi ou autre organisme	<input type="checkbox"/> Attestation de versement des allocations Pôle emploi
Employeurs multiples	<input type="checkbox"/> Photocopie de l'attestation de salaire pour le paiement des indemnités journalières (CERFA N° 11135*03)
Rupture de contrat de travail	<input type="checkbox"/> Photocopie du certificat de travail précisant la date à laquelle a eu lieu la rupture, cette date devant tenir compte éventuellement des congés payés et préavis <input type="checkbox"/> Relevé d'identité bancaire de l'assuré <input type="checkbox"/> Relevé de situation délivrés par Pôle emploi ou attestation de non perception de prestations de Pôle emploi <input type="checkbox"/> Attestation sur l'honneur de résidence fiscale à l'étranger si vous résidez fiscalement hors France et DOM
Invalidité	<input type="checkbox"/> Photocopie de la notification de la pension d'invalidité par la Sécurité sociale ou de la rente d'accident du travail <input type="checkbox"/> Justificatif du versement de la pension d'invalidité ainsi que l'attestation sur l'honneur de non reprise d'activité et de non perception d'un autre revenu <input type="checkbox"/> En cas de reprise d'activité partielle : attestation de salaire réellement versé et celui qui aurait été versé pour une activité à temps plein <input type="checkbox"/> En cas de rupture du contrat de travail : le relevé d'identité bancaire de l'assuré et l'avis d'imposition <input type="checkbox"/> Les attestations de versement des allocations de pôle emploi ou de tout autre organisme ou l'attestation sur l'honneur de non perception <input type="checkbox"/> Une copie recto verso de la carte d'identité en cours de validité <input type="checkbox"/> Attestation sur l'honneur de résidence fiscale à l'étranger si vous résidez fiscalement hors France et DOM
Maladie de Longue Durée (Article L293)	<input type="checkbox"/> Photocopie de la notification de la décision délivrée par la Sécurité Sociale.